

A quién pueda interesar:

Durante el 13 de junio del 2014 entregué los documentos para solicitar la carrera magisterial, sin embargo, aún no he recibido el aumento en mi sueldo de la activación. Por tanto, solicito el pago retroactivo de los siguientes años:

- 2014-2015
- 2015-2016
- 2016-2017
- 2017-2018
- 2018-2019
- 2019-2020
- 2020-2021
- 2021-2022
- 2022 al presente

Adjunto la evidencia que se entregó los documentos

Cordialmente,

  
Wilmarie López González



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

*Oficina del Director Regional*

*Unidad de Recursos Humanos*

## HOJA DE TRÁMITE

Fecha : 26 de junio de 2014

A : Eric Pérez  
Carrera Magisterial  
P/C: José Pérez



De : Norberto Valladares Crespo *Norberto Valladares Crespo per Olin O. Aguiar*  
Director Regional


Asunto : Devolución de Certificación de Radicación y Aprobación del Plan  
De Mejoramiento Profesional Anejo 1: Esc. S.U. Federico Degetau

- 1) Yaira E. González Toro
- 2) Mari Laracuente Vargas
- 3) Jeselyn Torres Baéz
- 4) Wilmarie López González
- 5) Elizabeth Vidal Santiago
- 6) Anselmo Morales Ríos
- 7) Yinoris Rentas López
- 8) Josefa Hernández Lugo
- 9) Gerardo Rachumi Cortés
- 10) Glorisel Santaliz Justiniano

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

<b>FORMA ÚNICA</b>		<b>2014</b>	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	<b>2014</b>	Número de Serie <b>2232777</b>							
Liquidador		Revisor										
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL												
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014												
Nombre del Contribuyente <b>WILMARIE</b>				Inicial		Apellido Paterno <b>LOPEZ</b>		Apellido Materno <b>GONZALEZ</b>		Número de Seguro Social Contribuyente <b>REDACTED</b>		
Dirección Postal <b>CARR 414 KM 2.6 INT BO CRUCES</b>				Fecha de Nacimiento <b>REDACTED</b>		Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F		Número de Seguro Social Cónyuge		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social del cónyuge fallecido)		
Aguada <b>PR</b> Código Postal <b>00602-0000</b>				Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Teléfono Residencia <b>787-629-3670</b>		Sello de Recibido 		
Nombre e Inicial del Cónyuge _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____				Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) <b>CARR 414 KM 2.6 INT BO CRUCES</b>				Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		
Aguada <b>PR</b> Código Postal <b>00602-0000</b>				Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		
Correo Electrónico (E-Mail) <b>PLANILLASIND2013@HOTMAIL.COM</b>				Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		
¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No				Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		

<b>Cuestionario</b>	SI NO	A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____	F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que vive por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
	Su ocupación Otros Oficios o Profesiones <b>8110</b> Ocupación cónyuge _____ CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
<b>Reintegro</b>	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) ..... 01	(01)	0 00
	A) Acreditar a la contribución estimada 2015 .....	(02)	0 00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan .....	(03)	0 00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico .....	(04)	0 00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) .....	(05)	0 00
<b>Pago</b>	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) .....	(06)	52 00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado .....	(07)	52 00
	(b) Intereses .....	(08)	0 00
	(c) Recargos 0 y Penalidades 0 .....	(09)	0 00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) .....	(10)	0 00

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO		
Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta
Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	14-04-2015	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre del Especialista (Letra de Molde) <b>Julian Feliciano Ruiz</b>		Nombre de la Firma o Negocio <b>CPA JULIAN FELICIANO</b>	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/>	Número de Registro
<input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	14-04-2015		008764

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ SI ☒ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Número confirmación: 041420151044E575BC2232777 Período de Conservación: Diez (10) años



Si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta, no complete los Encasillados 1 y 2, ni las líneas 13 a la 18 del Encasillado 3, y pase al Anejo CO Individuo.

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos,Comisiones, Concesiones y Propinas	
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).		191 00		22,496 00	
Total de comprobantes con esta planilla 02 1		191 00		22,496 00	
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)		Contribución Retenida		Salarios Federales	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):		0 00		0 00	
A) Distribuciones totales de planes de retiro cualificados (Anejo D Individuo, Parte V, línea 37)				0 00	
B) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Anejo D Individuo, Parte VI, línea 47 o 48, según aplique)				0 00	
C) Intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 5)				0 00	
D) Dividendos de corporaciones (Anejo F Individuo, Parte II, línea 4)				0 00	
E) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte III, línea 3)				0 00	
F) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Anejo F Individuo, Parte IV, línea 2)				0 00	
G) Ingresos misceláneos (Anejo F Individuo, Parte VII, línea 6)				0 00	
H) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)				0 00	
I) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Anejo K Individuo, Parte II, línea 12)				0 00	
J) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Anejo L Individuo, Parte II, línea 14)				0 00	
K) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Anejo M Individuo, Parte II, línea 8)				0 00	
L) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Anejo N Individuo, Parte II, línea 9)				0 00	
M) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)				0 00	
N) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)				0 00	
O) Participación distribuida en beneficios de sociedades, sociedades especiales y corporaciones de individuos (Someta Anejo R Ind.)				0 00	
P) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: ) (20)				0 00	
3. Total de Ingresos (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2P)				22,496 00	
4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (Núm. seg. soc. del que la recibe: ) (21) (Núm. sentencia ) (24)				0 00	
5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)				22,496 00	
6. Total de Deducciones (Anejo A Individuo, Parte I, línea 11)				1,987 00	
7. DEDUCCIÓN ESPECIAL PARA CIERTOS INDIVIDUOS (Hasta un máximo de \$2,350. Véanse instrucciones)				2,038 00	
8. Exención Personal (Casado - \$7,000; Contribuyente individual - \$3,500; Casado que vive separado - \$3,500)				3,500 00	
9. Exención por Dependientes (Complete el Anejo A1 Ind., véanse instrucciones):				0 00	
Custodia compartida o casado que rinde separado - A) (22) 0 x \$2,500 (26)				0 00	
B) (23) 2 x \$1,250 (27)				2,500 00	
Total Exención por Dependientes (Sume líneas 9A y 9B)				2,500 00	
10. Exención Personal Adicional para Veteranos (\$1,500 por veterano. Si ambos cónyuges son veteranos, \$3,000)				0 00	
11. Total Deducciones y Exenciones (Sume líneas 6 a la 10)				10,025 00	
12. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 5 menos línea 11. Si la línea 11 es mayor que la línea 5, anote cero)				12,471 00	
13. CONTRIBUCIÓN: (21) <input checked="" type="radio"/> 1 Según Tabla <input type="radio"/> 2 Tasas preferenciales (Anejo A2 Individuo) <input type="radio"/> 3 Extranjero no residente				243 00	
14. Cantidad de Ajuste Gradual (Determine este ajuste si la cantidad pagada en la línea 12 o en Anejo A2 Ind., línea 10 es mayor de \$500,000) (Anejo P Ind., línea 7)				0 00	
15. CONTRIBUCIÓN REGULAR ANTES DEL CRÉDITO (Sume líneas 13 y 14)				243 00	
16. Crédito por contribuciones pagadas a países extranjeros, los Estados Unidos, sus territorios y posesiones (Someta Anejo C Individuo) (Véanse inst.)				0 00	
17. CONTRIBUCIÓN REGULAR NETA (Línea 15 menos línea 16)				243 00	
18. Exceso de la Contribución Básica Alternativa Neta sobre la Contribución Regular Neta (Anejo O Individuo, Parte II, línea 7) (Véanse instrucciones)				0 00	
19. TOTAL CONTRIBUCIÓN DETERMINADA (Sume líneas 17 y 18 o anote la cantidad del Anejo CO Individuo, línea 22, según aplique)				243 00	
20. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Individuo, Parte I, línea 3)				0 00	
21. Créditos contributivos (Anejo B Individuo, Parte II, línea 22)				0 00	
22. RESPONSABILIDAD CONTRIBUTIVA (Sume líneas 19 y 20 menos línea 21. Si es menos de cero, anote cero)				243 00	
23. CONTRIBUCIÓN RETENIDA, PAGADA Y CRÉDITOS REEMBOLSABLES:					
A) Mediante retención sobre salarios (Sume las líneas 1A y 1C del Encasillado 1 o líneas 1A y 2A del Anejo CO Individuo)		191 00			
B) Otros pagos y retenciones (Anejo B Individuo, Parte III, línea 20)		0 00			
C) Crédito de la Oportunidad Americana (Someta Anejo B2 Individuo) (No aplica a casados que rinden separado)		0 00			
D) Cantidad pagada con prórroga automática		0 00			
E) Total Contribución Retenida, Pagada y Créditos Reembolsables (Sume líneas 23A a la 23D)		191 00			
24. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Si la línea 23E es menor que la línea 22, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 25)				52 00	
25. Exceso de Contribución Retenida, Pagada y Créditos Reembolsables				0 00	
26. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Individuo, Parte II, línea 21)				0 00	
27. Contribución especial a individuos que llevan a cabo industria o negocio por cuenta propia (Véanse instrucciones)				0 00	
28. BALANCE: • Si línea 25 es mayor que la suma de líneas 24, 26 y 27, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aquí y en línea 1 de página 1.					
• Si línea 25 es menor que la suma de líneas 24, 26 y 27, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1.					
• Si diferencia entre línea 25 y la suma de líneas 24, 26 y 27 es igual a cero, anote cero aquí y pase a firmar su planilla en la página 1.				52 00	

LA CANTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 28 DEBERÁ TRASLADARSE A LA LÍNEA CORRESPONDIENTE DE LA PÁGINA 1.

Período de Conservación: Diez (10) años

<b>Anejo A Individuo</b>		<b>DEDUCCIONES APLICABLES A CONTRIBUYENTES QUE SEAN INDIVIDUOS</b>			<b>2014</b>		
Rev. 31 oct 14		Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2014 y terminado el 31 de diciembre de 2014					
Nombre del contribuyente <b>WILMARIE LOPEZ GONZALEZ</b>					Número de Seguro Social <b>REDACTED</b>		
<b>Parte I Deduciones Aplicables a Contribuyentes que sean Individuos (Véanse instrucciones)</b>							
<b>1. Intereses hipotecarios</b>							
Nombre de la entidad a quien hizo el pago	Hipoteca	Número del Préstamo	Núm. Ident. Patronal	Importe	10		
Primera residencia:	Primera	(01)		00		(05)	
	Segunda	(02)		00		(06)	
Segunda residencia:	Primera	(03)		00		(07)	
	Segunda	(04)		00		(08)	
Honorarios de Origen del Préstamo (Puntos) Pagados Directamente por el Deudor (Véanse instrucciones)				0	00	(09)	
Descuentos del Préstamo (Puntos) Pagados Directamente por el Deudor (Véanse instrucciones)				0	00	(10)	
a) Total intereses hipotecarios pagados				0	00	(11)	
b) Límite (Multiplique la suma del Encasillado 1, línea 5 de la planilla y la línea 1, Parte III del Anejo IE Individuo por 30% y anótelos aquí)				0	00	(12)	
c) Dedución admisible por intereses hipotecarios (Anoté la menor entre las líneas 1(a), 1(b) o \$35,000. Si los intereses no exceden el 30% del ingreso para cualquiera de los 3 años anteriores, ennegrezca aquí <input type="radio"/> 1) (13) (Véanse instrucciones)					0	00 (14)	
2. Pérdida de su residencia principal debido a causas fortuitas (Véanse instrucciones)					0	00 (15)	
3. Gastos médicos (Parte III, línea 3)					0	00 (16)	
4. Donativos (Parte III, línea 8)					17	00 (17)	
5. Pérdida de bienes muebles por ciertas causas fortuitas (Véanse instrucciones)					0	00 (18)	
6. Aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro					1,970	00 (19)	
7. Aportaciones a cuentas de retiro individual (No exceder de \$5,000 o \$10,000 si es casado):							
Inst. financiera	Núm. cuenta	Núm. Ident. Patronal	Aportación				
	(20)	(23)	(26) <input type="radio"/> 1 Contrib. <input type="radio"/> 2 Cóny.				
	(21)	(24)	(27) <input type="radio"/> 1 Contrib. <input type="radio"/> 2 Cóny.				
	(22)	(25)	(28) <input type="radio"/> 1 Contrib. <input type="radio"/> 2 Cóny.				
Total aportaciones a cuentas de retiro individual					0	00 (29)	
<b>8. Aportaciones a cuentas de ahorro de salud con plan médico de deducible anual alto (Véanse instrucciones):</b>							
Institución	Núm. cuenta	Núm. Ident. Patronal	Aportación				
		(34)	(36)				
Deducible anual (30)	Tipo de cubierta: (32)	<input type="radio"/> 1 Individual <input type="radio"/> 2 Individual y 55 años o más		Fecha efectividad			
		<input type="radio"/> 3 Familiar <input type="radio"/> 4 Familiar y 55 años o más		(37)			
Institución	Núm. cuenta	Núm. Ident. Patronal	Aportación				
		(35)	(38)				
Deducible anual (31)	Tipo de cubierta: (33)	<input type="radio"/> 1 Individual <input type="radio"/> 2 Individual y 55 años o más		Fecha efectividad			
		<input type="radio"/> 3 Familiar <input type="radio"/> 4 Familiar y 55 años o más		(39)			
Total aportaciones (Sume la cantidad menor entre la aportación y el deducible anual de cada cuenta)					0	00 (40)	
9. Cuenta de Aportación Educativa (Parte II, línea (10)) (Véanse instrucciones)					0	00 (41)	
<b>10. Intereses sobre préstamos estudiantiles a nivel universitario (Véanse instrucciones):</b>							
Inst. financiera	Núm. préstamo	Núm. Ident. Patronal	Importe				
	(42)	(44)					
	(43)	(45)					
Total intereses sobre préstamos estudiantiles pagados					0	00 (46)	
11. Total deducciones aplicables a contribuyentes que sean individuos (Sume líneas 1 a la 10 y traslade al Encasillado 2, línea 6 de la planilla)					1,987	00 (50)	
<b>Parte II Beneficiarios de Cuentas de Aportación Educativa (Véanse instrucciones)</b>							
(01)	Nombre, Inicial	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Parentesco	Número de Seguro Social	Cantidad Aportada (No exceder de \$500 cada uno)
	Institución financiera			Número de la cuenta		Número de Identificación Patronal	00
(02)	Nombre, Inicial	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Parentesco	Número de Seguro Social	Cantidad Aportada (No exceder de \$500 cada uno)
	Institución financiera			Número de la cuenta		Número de Identificación Patronal	00
(03)	Nombre, Inicial	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Parentesco	Número de Seguro Social	Cantidad Aportada (No exceder de \$500 cada uno)
	Institución financiera			Número de la cuenta		Número de Identificación Patronal	00
(10)	Total aportaciones (Sume líneas (01) a la (03) y traslade a la Parte I, línea 9 de este Anejo)						00



Rev. 31 oct 14

Nombre del contribuyente WILMARIE LOPEZ GONZALEZ


Número de Seguro Social

## Parte III Gastos Médicos y Donativos

46

Nombre de la persona o institución a quien se hizo el pago	Número de Identificación Patronal	Naturaleza de la Organización	(A) Gastos Médicos	(B) Otros Donativos	(C) Servidumbres de Conservación e Instituciones Museológicas	(D) Donativos a Municipios	
ASOCIACION DE MAESTROS	660-19-4027	L	0 00	17 00	0 00	0 00	
(01)	(15)			(32)	(45)		
(02)	(16)		00	(33)	(50)	00	
(03)	(17)		00	(34)	(51)	00	
(04)	(18)		00	(35)	(52)	00	
(05)	(19)		00	(36)	(53)	00	
(06)	(20)		00	(37)	(54)	00	
(07)	(21)		00	(38)	(55)	00	
(08)	(22)		00	(39)	(56)	00	
(09)	(23)		00	(40)	(57)	00	
(10)	(24)		00	(41)	(58)	00	
(11)	(25)		00	(42)	(59)	00	
(12)	(26)		00	(43)	(60)	00	
(13)	(27)		00	(44)	(61)	00	
(14)	(28)		00	(45)	(62)	00	
1. Total Columnas A, B, C y D .....	(29)		0 00	(46)	17 00	(63)	0 00
2. Multiplique el ingreso bruto ajustado (Encasillado 1, línea 5 de la planilla o línea 6, Columnas B y C del Anejo CO Individuo) por 6% y anótelos aquí (Véanse instrucciones) .....	(30)		0 00				
3. Deducción admisible por gastos médicos (Línea 1 menos línea 2. Anote aquí y en la Parte I, línea 3 de este Anejo o en la línea 7C del Anejo CO Individuo) .....	(31)		0 00				
4. Multiplique el ingreso bruto ajustado (Encasillado 1, línea 5 de la planilla o línea 6, Columnas B y C del Anejo CO Individuo) por 60% y anótelos aquí (Véanse instrucciones) .....	(47)			11,248 00			
5. Deducción por otros donativos (Anote la menor de las líneas 1B y 4) .....	(48)			17 00			
6. Multiplique el ingreso bruto ajustado (Encasillado 1, línea 5 de la planilla o línea 6, Columnas B y C del Anejo CO Individuo) por 30% y anótelos aquí (Véanse instrucciones) .....	(64)				0 00		
7. Deducción por donativos a Servidumbres de Conservación e Instituciones Museológicas (Anote la menor de las líneas 1C y 6) ..	(65)				0 00		
8. Total deducción admisible por donativos (Sume líneas 1D, 5 y 7. Anote aquí y en la Parte I, línea 4 de este Anejo o en la línea 7D del Anejo CO Individuo) .....	(70)					17 00	

Número confirmación: 041420151044E575BC2232777 Período de Conservación: Diez (10) años

<b>Anejo A1 Individuo</b> <small>Rev. 31 oct 14</small> 	<b>DEPENDIENTES</b>  <small>Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2014 y terminado el 31 de diciembre de 2014</small>	<b>2014</b>						
<b>Nombre del contribuyente</b> WILMARIE LOPEZ GONZALEZ		<b>Número de Seguro Social</b> REDACTED						
<b>Parte I Información sobre Dependientes (Véanse instrucciones)</b> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; float: right; padding: 2px;">55</div>								
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b> <div style="margin-top: 5px;">  No incluya al cónyuge en este anejo. Un individuo casado que vive con su cónyuge para fines contributivos, no debe incluir a su cónyuge como parte de sus dependientes.                 </div> <div style="margin-top: 5px;">  Acompañe este Anejo con su planilla para poder considerar la exención por dependientes.                 </div> <div style="margin-top: 5px;">  Ennegrezca el óvalo de custodia compartida si el dependiente está sujeto a esta condición. La exención será de \$1,250 para cada contribuyente.                 </div>								
	Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Custodia Compartida	Fecha de Nacimiento <small>Día / Mes / Año</small>	Parentesco	Categoría * <small>(N/U/O)</small>	Número de Seguro Social
(01)	EDISON J VEGA	LOPEZ	<input checked="" type="radio"/>	13-02-2012	Hijo	N	REDACTED	
(02)	NAIYELIS M RODRIGUEZ	LOPEZ	<input checked="" type="radio"/>	02-11-2006	Hija	N		
(03)			<input type="radio"/>					
(04)			<input type="radio"/>					
(05)			<input type="radio"/>					
(06)			<input type="radio"/>					
(07)			<input type="radio"/>					
(08)			<input type="radio"/>					
(09)			<input type="radio"/>					
(10)			<input type="radio"/>					

\* Véanse instrucciones.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Número confirmación: 041420151044E575B0232777

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

**COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT**

**222**

1. Nombre - First Name  <b>WILMARIE</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>REDACTED</b>		7. Sueldos - Wages <b>22,496</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0</b>	
Apellido(s) - Surname(s)  <b>LOPEZ GONZALEZ</b>		4. Núm. de Identificación Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>860-43-3481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0</b>	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address  <b>CARR 414 KM 26 INT BO CRUCES Aguada PR 00602</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>22,496</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>dept educ- clasificados AVE TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF San Juan PR 00919</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0</b>		10. Propinas - Tips <b>0</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>326</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		<b>Patrono: - Employer:</b> • Envíe a: - Send to: <b>Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR</b> • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.gobierno.pr">www.hacienda.gobierno.pr</a> ) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records  <b>Año: 2014</b> <b>Year:</b>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>22,496</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number  <b>S140003</b>				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>191</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0</b>	
Número Control - Control Number  <b>004413631</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>1,970</b>			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0</b>			
				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) <b>0</b>			
				16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31							